Señor director:

En su carta del 12 de mayo último *[adjunto la fotocopia],* usted me informa que no tengo más derecho al pago de seguro por accidente de trabajo *[que el médico emitió un fallo desfavorable a mi solicitud de reembolso de las sesiones de rehabilitación que yo envié el 29 de abril]*.

No estoy de acuerdo con esta decisión y exijo que reconsidere mi expediente. Asimismo, solicito una revisión médica por parte de sus expertos para que constaten mi estado de salud.

La dirección de mi terapeuta es la siguiente:

Doctor Pedro Guevara
Av. Camarones 34
98976 México, D.F.
Tel.: (55) 46 78 32 77

Lo saluda atentamente,